**Allegato 1**

**alle linee guida**

Fac-simile domanda

 *(compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte e inviare per pec)*

Alla Regione Umbria

Direzione Regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane

Servizio “Politiche di sviluppo delle risorse umane del S.S.R.,

semplificazione in materia sanitaria e patrimonio delle

Aziende Sanitarie. Riforme”

Via Mario Angeloni, 61

06124 Perugia

direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Cognome e Nome)*

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

natura giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(provincia di \_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(provincia di \_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

l’accreditamento finalizzato alla gestione ed organizzazione di corsi di formazione per l’acquisizione della qualifica di massaggiatore massofisioterapista di cui alla legge 19 maggio 1971, n. 403 e / o massaggiatore sportivo di cui alla legge 26 ottobre 1971, n.1099 e al D.M. 5 luglio 1975.

A tal fine,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che l’organismo formativo di cui è Legale Rappresentante:

|  |  |
| --- | --- |
| * non si trova
 | * si trova
 |

1.

 in stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione dello Stato in cui sono stabiliti, e che non è in corso alcun procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni, o in stato di sospensione dell’attività commerciale;

|  |  |
| --- | --- |
| * non è
 | * è
 |

amministrato da dirigenti nei confronti dei quali sia stata emessa sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell’art. 444 del codice di procedura penale, per qualsiasi reato che incide sulla loro moralità professionale o per delitti finanziari;

|  |  |
| --- | --- |
| * non è
 | * è
 |

in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui sono stabiliti e con gli obblighi previsti dai contratti collettivi nazionali;

|  |  |
| --- | --- |
| * non è
 | * è
 |

 in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse, secondo la legislazione italiano o quella dello Stato in cui sono stabiliti;

|  |  |
| --- | --- |
| * non si è reso
 | * si è reso
 |

gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire informazioni richieste dall’amministrazione;

|  |  |
| --- | --- |
| * non ha
 | * ha
 |

affidabilità economica e finanziaria;

|  |  |
| --- | --- |
| * non ha
 | * ha
 |

capacità organizzativa ai fini della erogazione della formazione, garantendo oltre che il supporto logistico anche il tutoraggio, la valutazione e la verifica dell’apprendimento;

1. ha la sede operativa, per la quale chiede l’accreditamento, nel territorio della regione Umbria, in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

DICHIARA, inoltre

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. che il progetto formativo allegato alla presente domanda è stato redatto secondo le indicazioni dettate dalla Giunta regionale e che contiene, tra l’altro:
2. orario dettagliato e le sedi delle lezioni;
3. nominativi dei docenti e dei tutors e del Direttore del Corso con esperienza nelle funzioni assegnate. Il curriculum vitae di ciascuno che ne comprova l’esperienza è depositato presso la sede operativa;
4. l’indicazione della segreteria, quale riferimento per l’attività relativa al corso, sia per i singoli discenti, sia per la Regione Umbria, con l’indicazione dei contatti;
5. l’elenco delle strutture sanitarie private presso le quali si svolgono le attività di tirocinio. Con le stesse strutture sono state stipulate apposite convenzioni che sono depositate presso la sede operativa.
6. di impegnarsi a fornire il materiale didattico ai partecipanti, materiale che, corredato di eventuali riferimenti bibliografici, dovrà essere fornito all’inizio di ogni modulo formativo;
7. di fornire l’indicazione e la descrizione della struttura formativa e delle attrezzature idonee allo svolgimento delle attività amministrative (segreteria amministrativa) e delle attività formative nella regione Umbria, in regola con le vigenti norme in materia di igiene e sicurezza, come indicato nella check list allegata;
8. di impegnarsi a comunicare ogni variazione che interverrà dopo l’accreditamento / autorizzazione, di cui ai precedenti punti da 9. a 11.;
9. di essere disponibile ad accettare le direttive ed i controlli che la Giunta regionale vorrà svolgere, anche tramite audit in loco, al fine di verificare la veridicità di quanto dichiarato, nonché la qualità della formazione erogata.

DICHIARA, infine

|  |  |
| --- | --- |
| * di non aver svolto
 | * di aver svolto
 |

negli ultimi tre anni, esperienze di progetti di formazione nei confronti di personale sanitario e sociale, specificando per ciascun progetto:

* oggetto dell’attività,
* periodo di svolgimento,
* soggetti che ne hanno fruito,
* soggetto che ha affidato l’incarico;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 Nome e cognome in stampatello

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AI FINI DELLA VALIDITÀ DELLE DICHIARAZIONI RESE NELLA PRESENTE DOMANDA, SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ**